様式第１号（第５条関係）

大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書

大木町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　　大木町大字

　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり、大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第５条に基づき、助成金の交付を申請します。また、この申請内容について医療機関等へ確認することに同意します。

１　被接種者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　月　　　日（満　　　歳　　　か月） |
| 住　　所 | □上記申請者と同じ |

２　予防接種の種類および予防接種を受ける医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 再接種が必要なワクチン | * B型肝炎　　　：　１回目・２回目・３回目
* ヒブ　　　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
* 小児肺炎球菌　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
* 五種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加
* 四種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加
* 三種混合　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・１期追加
* ポリオ　　　　：　初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
* 二種混合　　　：　２期
* BCG　　　　　：　１回
* 麻しん・風しん：　１期・２期
* 水痘　　　　　：　１回目・２回目
* 日本脳炎　　　：　初回接種（１回目・２回目）・１期追加・２期
* 子宮頸がん　　：　１回目・２回目・３回目
 |
| 接種予定医療機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　）　　　 |

【添付書類】

1. 大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種に関する医師意見書（様式第２号）
2. 大木町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金請求書（様式第３号）
3. 移植前の定期予防接種ワクチンの接種歴が確認できる書類（母子健康手帳など）
4. 被接種者の健康保険証など本人が確認できる書類